

Application accepted by: _____ (employee name)

Solicitud para el programa Charity Care

Imprima Porfavor:

Fecha de hoy: / / _____
 mm dd yy Med Rec#

Paciente:			
	Apellido	Nombre	M.I.

Persona Responsable del Paciente:	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Apellido	Nombre	M.I.

Direccion de Paciente: _____

Ciudad	Condado	Estado	Codigo Postal
--------	---------	--------	---------------

Numero de Telefono: _____
(Prefijo Telefonico)

de Trabajo: _____
(Prefijo Telefonico)

Correo Electronico: _____

Seguro Social de _____ **paciente:** _____

Fecha de

Nacimiento de Paciente: / / **Fecha de servicio:** / /
mm dd yy mm dd yy

I. Calificación automática

¿Era usted un receptor activo de Asistencia por discapacidad o Medicaid al momento de su servicio? Si No

¿Ha sido elegible para Medicaid posteriormente??	Si	No

¿Recibe algún subsidio gubernamental de bajos ingresos, como SSI, SNAP, Texas CEAP, NSLP, WIC, TANF, Ector County Welfare?

SSI:	Yes	No
SNAP:	Yes	No
Texas CEAP:	Yes	No
NSLP:	Yes	No
WIC:	Yes	No
TANF:	Yes	No
Otro: _____	Yes	No

Si respondió afirmativamente a algo de la Sección I, no complete la Sección II.

II. Ingresos Anuales

Enumere todos los miembros de la familia (incluido usted). Los miembros de la familia incluyen al solicitante, su cónyuge e hijos (naturales o adoptivos) menores de 18 años que viven en el hogar junto con el solicitante. Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos por alquiler, compensación por desempleo, beneficios del Seguro Social, asistencia pública, etc.

Miembros de la familia.	Edad	Relación al paciente	Fuente de ingresos o nombre del empleador	Ingresos por 1 mes antes de la fecha de servicio	Ingresos por 12 meses antes de la fecha de servicio
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Ingreso promedio del paciente/familia _____

* Debe adjuntar comprobante de ingresos

Con mi firma a continuación, certifico que he leído cuidadosamente esta solicitud y que todo lo que he declarado o proporcionado en cualquier archivo adjunto es verdadero y correcto a mi leal saber y entender. Entiendo que es ilegal enviar información falsa a sabiendas para obtener asistencia financiera.

Firma del Paciente/Garante: _____ Fecha Completada: _____

Si tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame al _____